



Роль Урогенитальных Инфекций Беременных Женщин С Отхождением Околоплодных Вод

1. Ихтиярова Г. А.

2. Бозоров А. Г.

Received 2nd Aug 2023,
Accepted 19th Sep 2023,
Online 6th Oct 2023

Аннотация: Проблема инфекционных заболеваний при антенатальной гибели плода с отхождением околоплодных вод одной из самых актуальных проблем в акушерстве. Инфицирование плода в утробе матери при родовом излитии околоплодных вод может приводить к осложнениям течения беременности, родов или развитию заболеваний в послеродовом периоде.

Ключевые слова: преждевременное излитие околоплодных вод, гибель плода, индукция родов.

Несвоевременное излитие околоплодных вод при недоношенной и доношенной беременности считается важнейшим фактором риска для плода и матери. Внутриутробное инфицирование плода на современном этапе является одной из наиболее важных проблем акушерства и перинатологии. Резко возросла роль хламидийной, цитомегаловирусной, уреамикоплазменной инфекций во время беременности. В последнее время во всех странах отмечается рост инфекционной патологии, что с одной стороны связано с появлением новых более информативных методов диагностики и соответственно, с возрастанием прижизненной выявлено инфекций, с другой стороны, не исключено и истинное увеличение частоты данной патологии [1,3,5]. Инфицирование плода в утробе матери при родовом излитии околоплодных вод может приводить к осложнениям течения беременности, родов или развитию заболевания у новорожденного.

Мертворождаемость при преждевременных родах наблюдается в 8-13 раз чаще, чем при доношенной беременности, а на долю недоношенных живорожденных приходится до 75% ранней неонатальной и детской смертности. Это в первую очередь связано с многообразием медико-биологических факторов, включающих внутриутробную инфекцию, эндокринопатии и др. психологические и социально-экономические аспекты в жизни женщин. В то же время этиологию преждевременных родов в 17-58% установить не удается. [2,8,9].

Инициацией антенатальной гибели плода в большинстве случаев, являются внутриутробные инфекции, родовый и преждевременный разрыв плодных оболочек (ДРПО, ПРПО), составляющий от 24% до 36% всех родов [4,31-46]. ДРПО тесно связан с перинатальной инфекцией, повышая в 10 раз риск неонатального сепсиса, высокой перинатальной и младенческой смертностью, а так же риском гнойно-септических осложнений материи.

Тактика ведения беременных с этой патологией крайне вариабельна, и зависит от срока гестации, от количества излившихся околоплодных вод, от степени выраженности

инфекционного процесса, от степени выраженности инфекционного процесса, от наличия экстрагенитальной патологии и осложнений настоящей беременности. Поэтому подходы к ведению антенатальной гибели плода осложненной ДРПО, могут отличаться не только в разных странах, но и в пределах одного города. В странах Западной Европы, Америки, Японии, а последнее время и в нашей стране, применяют тактику индукции родов, осложненной ДРПО. [7,3,10,12-22].

При выборе тактики ведения родов при антенатальной гибели плода (АГП) недоношенной беременности с преждевременным излитием околоплодных вод (ПРПО) или с дородовым излитием околоплодных вод (ДИОВ) необходимо постоянно сравнивать риски использования выжидательной или активной тактики, материнские риски — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), хориоамнионит, сепсис, послеродовая гипотония матки, лихорадка и эндометрит в пuerпериальном периоде, с рисками выбора активно-выжидательной тактики (преиндукция, индукция родов) или с рубцом на матке активной тактики (кесарево сечение — КС) [8,9,11]. Противопоказания для выбора выжидательной тактики — хориоамнионит; осложнения беременности, требующие срочного родоразрешения (тяжелая преэклампсия, эклампсия, отслойка плаценты, кровотечение при предлежании плаценты); декомпенсированные состояния матери; Активная тактика также характеризуется возможными рисками развития осложнений: необходимостью родовозбуждения, которое может осложниться гиперстимуляцией матки, увеличением частоты КС, болью, дискомфортом; развитием септических осложнений матери. Однако преимуществом активной тактики является предупреждение инфекции. Необходимо учитывать, что частота инфекции и КС возрастают в случае родовозбуждения после 72-часового безводного промежутка [6,23-30].

Цель: Изучить акушерские исходы у женщин с антенатальной гибелью плода при дородовом и преждевременном разрыве плодных оболочек и тактика ведение родов.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 52 беременных, роды у которых осложнились с ДИОВ в сроках 37-40 недель гестации, поступившие в Бухарский областной перинатальный центр за период 2017 года. С помощью анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности, родов, послеродового периода. Была проведена оценка готовности родовых путей по шкале Бишопа. По Национальному стандарту ведения больных с ДИОВ после 18 часов безводного промежутка что является основанием для проведения антибактериальной терапии, с целью профилактики гнойно-септических осложнений у родильниц и родовые пути беременных осмотрены через 24 часа при отсутствии родовой деятельности с целью решения вопроса о целесообразности индукции родов. Характер родовой деятельности контролировали на основании ведения партограмм. При ведении родов, осложненных дородовым излитием околоплодных вод, необходим контроль гемодинамические показатели, ведение листа наблюдения, измерение t° тела каждые 4 часа, кровь на лейкоцитоз 1 раз в сутки, общий анализ крови (коагулограмма, С-реактивный белок, лейкоцитарный интоксикационный индекс, анализ мочи, группа крови и Rh- принадлежность, анализ выделений из влагалища- мазок, УЗИ матки и плода, цервикометрия, общее состояния роженицы. Учитывая высокую чувствительность к ампициллину бактерий влагалища и шейки матки, показано применение данного антибактериального препарата при родах сразу с преждевременным излитием околоплодных вод.

Результаты и их обсуждение: Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. Преобладала анемия легкой и средней

степени тяжести (73,1%), заболевания щитовидной железы (32,7%) и варикозная болезнь (25%). Каждая третья женщина (32,7%) перенесла инфекционные заболевания при данной беременности в основном в виде острых респираторных инфекций (ОРИ), обострение хронических синуситов, циститов, пиелонефритов. У 17,3% беременных эпизоды ОРИ в течение беременности повторялись многократно. Среди перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего диагностированы хронические эндометриты, вирусные инфекции герпетической и уреаплазмоза в сочетании с хламидиозом 54% и кольпиты различной этиологии, дисбиоз влагалища которые составили 44,6%. У всех женщин с родовым излитием околоплодных вод проведено влагалищное исследование при помощи зеркал с целью выявления характера выделений, цвета околоплодных вод, степень раскрытия шейки матки. Выявлено, при начале родовой деятельности у 61,6% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положение шейки матки и состояние подлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось, как «незрелая шейка». А у 38,4% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка». Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу родильного комплекса. У беременных с «незрелой» шейкой и выявлений признаков кольпита предложена индукция родов мифепристоном 200 мг по 1 таблетке после информированного согласия беременной и родственников. Родовые пути переоценены через 12 часов для уточнения необходимости продолжения индукции. У беременных с «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой: Убедить женщину, что есть возможность произойти спонтанному рождению плода в течении 24 – 48 часов без осложнений. С согласия семьи женщина находится под наблюдением гинеколога, дожидаясь спонтанного начала родов (до 24 часов) проводят анализ коагулограммы и количество тромбоцитов, уровень прогестерона и эстриола. Если в течении 24- 48 часов кол-во тромбоцитов уменьшилось или не произошло спонтанных родов необходимо обсудить активную тактику ведения в пользу простагландинов. При критических состояниях угрожающих жизни женщины (ПОНРП 2-ст, тяжелая преэклампсия эклампсия, несостоятельность рубца), тяжелой акушерской патологии, при незрелости шейки матки и отсутствия условий для срочного родоразрешения консилиумом врачей решен вопрос об оперативном родоразрешении.

Важно отличать целевые назначения преиндукции и индукции родов. Преиндукция родов («созревание» шейки матки, cervical ripening) — это подготовка шейки матки к родам методами, недостаточными для самостоятельной индукции родов. Индукция родов (родовозбуждение) — вмешательство, направленное на инициирование родов до самопроизвольного начала с целью достижения влагалищного родоразрешения. Индукцию родов также называют искусственно вызванными родами по показаниям со стороны матери или плода, а также по сочетанным показаниям (преждевременные, своевременные, запоздалые) [11,17]. Согласно рекомендациям зарубежных литератур, при ПРПО в сроке беременности более 34 нед при риске развития АИС (амниотической инфекции синдрома — amniotic infections syndrom) следует проводить родоразрешение путем индукции родов, при отсутствии родовой деятельности в течение 4-6 ч — активной индукции родов [2,3,11]. При ПРПО в сроке беременности до 37 нед антибиотикотерапия была назначена сразу. В сроке беременности более 37 нед при отсутствии признаков АИС применение антибиотиков было начато через 18 ч после ДРПО. Если в течение от 8 до 12 ч ПРПО с АГП самопроизвольные роды не произошли, показана активная тактика — индукция родов. Обосновано и профилактическое применение антибиотиков при преждевременном разрыве плодных оболочек. [13,18].

С целью преиндукции родов применяются простагландины: Гландин 3 мг или динопростон (Pge₂) гель *pervaginum*; начальная доза — 2 мг у первородящих

женщин с незрелой шейкой, 1 мг — для повторнородящих. Если не началась регулярная родовая деятельность, может быть введена вторая доза динопростона 1 или 2 мг через 6 ч. Максимальная доза динопростона за 12-часовой период — 4 мг для первородящих женщин с «незрелой» шейкой матки, 3 мг — для всех других женщин.

Дискуссионным вопросом является возможность преиндукции родов антигестагенами (мифепристоном) с ДРПО при АГП с началом поступления в стационар у женщин с рубцами на матке. С одной стороны, обоснованием к применению мифепристона называют наличие противопоказаний для применения простагландина Е, препидил-геля, ламинарий: дисбиоз влагалища, наличие внутриматочной инфекции, многоводие, маловодие, гипоксию плода. С другой стороны, доказательной базы о безопасности применения мифепристона при антенатальной гибели плода проведены на базе кафедры акушерства и гинекологии г. Бухары с 2012 года по с.д. где были прерваны беременности в различные сроки гестации. Однако женщин с рубцами на матке при отсутствии родовой деятельности и отхождением околоплодных вод при без эффективности индукции родов мифепристоном 200-400мг, заканчивались путем операции кесарева сечением с показаниями несостоятельность рубца на матке. Тем не менее имеющийся значительный опыт применения мифепристона как преиндуктора родов, его доказанная эффективность позволяют в ближайшее время ожидать появления научно-практических сведений о его применении преиндукции родов у женщин с рубцами на матке при антенатальной гибели плода с ДРПО, о сравнении риска его применения с выжидательной или оперативной тактикой.

В Бухарском городском родильном доме для оценки динамики биологической трансформации шейки матки проводится УЗИ-оценка шейки и нижнего сегмента матки. Используется трансвагинальный и трансперинеальный доступ (аппарат PHILIPSHD11 с датчиком 5—7 МГц, «ToshibaAplioMX» с трансперинеальным датчиком 3,5 МГц и трансвагинальным 6,0 МГц) оценивался диаметр внутреннего зева; толщина передней стенки нижнего сегмента матки; задний угол шейки матки; доплерометрические показатели кровотока шейки матки и сократительная деятельность матки и давность гибели плода (цветовое и энергетическое доплеровское картирование). Также при оценке динамики продвижения головки плода по родовому каналу в родах оценивалось благодаря УЗИ и трансперинеальному доступу расстояние между головкой плода и промежностью, что также сводило к минимуму необходимость влагалищного исследования. Трансабдоминальный доступ позволяет определить вид предлежания и позицию плода. При УЗИ оцениваются следующие данные: длина шейки матки измеряется по линии, проведенной через центр цервикального канала (анэхогенное или гипоехогенное пространство) от влагалищной части децидуальной пластинки (ультразвуковой внутренний зев) к основанию ультразвукового внешнего зева; диаметр внутреннего зева; толщина передней стенки нижнего сегмента матки; задний угол шейки матки; доплерометрические показатели кровотока шейки матки (цветовое и энергетическое доплеровское картирование). Также при оценке динамики продвижения головки плода по родовому каналу в родах оценивалось благодаря УЗИ и трансперинеальному доступу расстояние между головкой плода и промежностью, что также сводило к минимуму необходимость влагалищного исследования. При сроке беременности от 28 до 34 нед приоритетной считается выжидательная активная тактика, цель которой: не допустить развития клинически и гистологически значимого хориоамнионита. В случае увеличения риска развития хориоамнионита (рост лейкоцитоза более чем

на 15—20% от исходного уровня, нейтрофилов и особенно С-реактивного белка) и наличия отрицательной динамики в функциональном состоянии системы мать—плацента—плод (уменьшения индекса амниотической жидкости, уменьшение черепного индекса, отрицательной динамики при доплерометрии в среднемозговой артерии плода) от выжидательной тактики следует отказаться. Выбирают либо активно-выжидательную тактику (преиндукция родов), либо активную — индукцию родов (окситоцин при «зрелой» шейке матки и условиях для быстрого и бережного родоразрешения) или оперативное родоразрешение путем кесарева сечения при рубцах на матке. Тактика ведения беременности и метода родоразрешения обсуждается всегда совместно консилиумами акушерами-гинекологами.

При пролонгировании беременности и повторном выявлении при культуральном исследовании отделяемого из цервикального канала патогенной флоры в клинически значимом титре антибиотикотерапия возобновляется (цефалоспорины II поколения, метронидазол); от выжидательной тактики отказываются.

Таким образом, вопрос о тактике ведения антенатальной гибели плода при наличии рубца на матке с ПРПО и ДРПО остается до конца не решенным, требуют продолжения многоцентровые исследования, которые позволят проанализировать исходы родов в зависимости от срока беременности, длительности безводного промежутка, реакции организма женщины на ПРПО, наличия сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии, возраста женщины, акушерского анамнеза и индивидуального выбора метода индукции.

Выводы.

1 Клинико-анамнестическими факторами риска АГП осложненной ДРПО являются эндометрит в анамнезе, патологический рост условно патогенной цервико-вагинальной микрофлоры, хламидиоз, неспецифический кольпит и бактериальный вагиноз. Наличие инфекций (в первую очередь герпетической и уреаплазмоза) отрицательно влияет на течение беременности и родов. После 18 часов безводного промежутка тактика ведения родов должна быть консервативно – выжидательное до 24-48 часа на фоне антибактериальной терапии, если самостоятельно не наступает родовая деятельность, необходимо начать индукции родов антипрогестинами и простагландинами. При наличии влагалищных инфекции с целью индукции рекомендовано антипрогестины мифепристон 200 мг per os. Индукция родов при рубцах на матке с антенатальной гибелью плода представляет собой активацию сократительной способности матки с началом родовой деятельности, при этом успешная индукция – это естественное родоразрешение в течение 24-48 часов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Akmalovna, I. G., & Ismatilloevna, O. N. (2019). Etiopathogenetic causes of infection of placental system mother placenta premature birth. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 11(9), 126-137.
2. Ihtiyarova, G. A. (2013). Modern and differentiated approaches to the management of pregnant with a dead fetus. *International Journal of Applied and Fundamental Research*, (2), 191-191.
3. Ikhtiyarova, G. A., & Aslanova, M. (2019). Zh., Dustova NK Microbiological changes in pregnant women with antenatal fetal death. *Euaroepan journal of research*, (2), 102-109.

4. Ikhtiyarova, G. A., & Sh, K. D. Optimization of prenatal screening for diagnostics of intrauterine anomalies of fetal development Journal of ethics and diversity in international communication 2022 Issue 8.
5. Ikhtiyarova, G. A., Aslonova, M. J., & Dustova, N. K. (2020). EARLY MARKERS OF DIAGNOSIS FETAL GROWTH RESTRICTION SYNDROME. *Reproductive Medicine*, (3 (44)), 48-51.
6. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., & Qayumova, G. (2017). Diagnostic characteristics of pregnancy in women with antenatal fetal death. *European Journal of Research*, (5), 5.
7. Ikhtiyarova, G. A., Dustova, N. K., & Tosheva, I. I. (2020). KurbanovaZ. Sh, Navruzova NO "Clinical manifestations of COVID-19 coronavirus infection in pregnant women, measures for pregnancy and childbirth" Methodical recommendation.
8. IKHTIYAROVA, G. A., DUSTOVA, N. K., KHASANOVA, M. A., SULEYMANOVA, G. S., & DAVLATOV, S. S. (2020). Pathomorphological changes of the placenta in pregnant women infected with Coronavirus COVID-19. *International Journal of Pharmaceutical Research* (09752366), 12(3).
9. Ikhtiyarova, G. A., Hazratova, D. A., Umarov, B. N., & Seytnazarova, O. M. (2020). Extraction of chitozan from died honey bee *Apis mellifera*. *International scientific and technical journal Chemical technology control and management*, 3.
10. Ikhtiyarova, G. A., Karimova, G. K., & Navruzova, N. O. (2019). KhairullaevCh. K. Ultrasound diagnostics of diabetic fetopathy in pregnant women with metabolic syndrome on the background of diabetes mellitus. *Medicine and sports*2019,(3-4), 56-58.
11. Ikhtiyarova, G. A., Khafizova, D. B., & Ikhtiyarova, D. F. (2019). Criteria For prediction of complications in pregnant women with antenatal fetal death. *TOM VI*, 67.
12. Ikhtiyarova, G. A., Khaibullina, Z. R., & Suleimanova, G. G. (2019). Study of the effects of ultra-low doses of antioxidants on the lipid component of brain cells in experimental perinatal hypoxia. *News of Dermatovenereology and Reproductive Health*, (3-4), 4-7.
13. Ikhtiyarova, G. A., Khamidova, S. S., Matrizayeva, J. G., Aslonova, M. J., NK, D., & DK, R. (2020). UTERINE FIBROIDS AND ENDOMETRIOSIS AS A PROBLEM GENETIC OF SYSTEMIC DISEASE. *PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology*, 17(6), 13931-13946.
14. Ikhtiyarova, G. A., Khodzhaeva, N. B., & Kosimova, N. I. (2012). Etiology of varicose veins of the small pelvis during pregnancy. *Problems of biology and medicine. Samarkand*, (1), 68.
15. Ikhtiyarova, G. A., MZh, A., ZSh, K., & Kalimatova, D. M. (2021). Prospects for the diagnosis of endometriosis taking into account the role of genetic factors in the pathogenesis of breast cancer. *Mother and child*, 1, 12-16.
16. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., & Narzulloeva, N. S. (2017). Causes of fetal loss syndrome at different gestation times. *Asian Journal of Research*, 3(3).
17. Ikhtiyarova, G. A., Tosheva, I. I., Aslonova, M. J., & Dustova, N. K. (2020). Prenatal rupture of amnion membranes as A risk of development of obstetrics pathologies. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(7), 530-535.
18. Ixtiyarova, G. A., & Ashurova, N. G. (2017). ToshevaI. I. Predgravidary preparation of women with a high group of perinatal risks and inflammatory diseases of the genitals. *European Journal of Research-Vienna, Austria*, (9-10), 53-62.

19. Ixtiyarova, G. A., Hazratova, D. A., & Seytnazarova, O. M. (2020). EXTRACTION OF CHITOSAN FROM DIED HONEY BEE APIS MELLIFERA. *Chemical Technology, Control and Management*, 2020(2), 15-20.
20. Kirschbaum, T. Antibiotics in the treatment of preterm labor Text. / T. Kirschbaum // Amer. J. Obstet. Gynecol. 1993. - Vol.168, №4. - P. 1239 -1045.
21. Абрамченко В.В. Современные методы подготовки беременных к родам.-С.-Петербург, 1991.-255 с.
22. Баев О.Р., Румянцева В.П. Мифепристон в преиндукции и индукции родов. Фарматека 2011; 13: 75—79.
23. Баев О.Р., Румянцева В.П., Бурдули Г.М., Полянчикова О.Л., Рубцова С.В. Прогностические факторы эффективности мифепристона в подготовке к родам. Акушерства и гинекология 2011; 8: 91 — 95 стр.
24. Ихтиярова, Г. А. (2015). Гемодинамические изменения у родильниц перенесших тяжелую преэклампсию и ее реабилитация: Монография. Бухара." Дурдона-2015.
25. Ихтиярова, Г. А. (2015). Оптимизация диагностики и методы прерывания беременности в различные сроки гестации у женщин с антенатальной гибелью плода. Бухара." Дурдона-2015.
26. Ихтиярова, Г. А. (2016). Дифференциальные подходы к ведению беременных с антенатальной гибелью плода. *Новости дерматологии и репродуктивного здоровья*, (1-2), 73-74.
27. Ихтиярова, Г. А. (2019). Дифференциальные методы прерывание беременности у женщин с антенатальной гибели плода в различные сроки гестации. *Дис. док. мед. наук*.
28. Ихтиярова, Г. А., & Адизова, С. Р. (2019). Прогностическая ценность цитокинов у женщин при осложненных родах с преэклампсией. *Тиббиётда янги кун, жур*, 3(27), 117.
29. Ихтиярова, Г. А., & Аюпова, Ф. М. (2009). Состояние системы гемостаза женщин при антенатальной гибели плода. *Вестник врача*, (3), 17-19.
30. Ихтиярова, Г. А., & Гамидова ШШ, Н. Н. (2020). ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ МИОМЫ МАТКИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). *Сопредседатели редакционной коллегии: АШ ИНОЯТОВ*, 60.
31. Ихтиярова, Г. А., Аслонова, М. Ж., & Дустова, Н. К. (2020). Ранние маркеры синдрома ограничения роста плода. *Reproductive Medicine*, (3 (44)), 54-57.
32. Ихтиярова, Г. А., Аслонова, М. Ж., Курбанова, З. Ш., & Калиматова, Д. М. (2021). Перспективы диагностики эндометриоза с учетом роли генетических факторов в патогенезе заболевания. *РМЖ. Мать и дитя*, 4(1), 12-16.
33. Ихтиярова, Г. А., Аюпова, Ф. М., & Негматова, Г. М. (2019). Факторы риска перинатальных осложнений по данным ретроспективного анализа. *Педиатрия*, (1), 223-229.
34. Ихтиярова, Г. А., Дустова, Н. К., & Курбонова, З. Ш. (2020). Современные методы диагностики и профилактики тромбоэмболических осложнений у беременных с эктазией вен органов малого таза. *Новый день в медицине*, (1), 211-215.
35. Ихтиярова, Г. А., Каримова, Г. К., Наврузова, Н. О., & Хайруллаев, Ч. К. (2019). Ультразвуковая диагностика диабетической фетопатии у беременных с метаболическим синдромом на фоне сахарного диабета. *Тиббиёт ва спорт*, (3-4), 56-58.

36. Ихтиярова, Г. А., Курбанова, З. Ш., & Розикова, Д. К. (2020). Причины и методы диагностики эндокринного бесплодия и роль витамина д в его коррекции. *апрель-июнь*, 34.
37. Ихтиярова, Г. А., Мохинур, И. И., & Мирзоева, М. Р. (2018). Клинико-иммунологические особенности новорожденных с задержкой внутриутробного развития от матерей, инфицированных вирусами. *Материалы НПК: «Фундаментальные и практические вопросы иммунологии и инфектологии»*, Уфа, 13.
38. Ихтиярова, Г. А., Наврузова, Н. О., & Муминова, Н. Х. (2022). Бачадон бўйни рак олди касалликлари дифференциал диагностикасини такомиллаштириш усули. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 2(8), 4-17.
39. Ихтиярова, Г. А., Туксанова, Д. И., & Аюбов, Б. М. (2005). Клиническое прогнозирование послеродовых осложнений у женщин, перенесших тяжёлую преэклампсию и эклампсию. *Врач-аспирант*, 9(2), 102-108.
40. Ихтиярова, Г. А., Шодиев, Б. В., Курбанова, З. Ш., & Розикова, Д. К. (2020). Диагностика и подготовка женщин с низким овариальным резервом яичников к вспомогательным репродуктивным технологиям. *Новый день в медицине*, (2), 123-127.
41. Ихтиярова, Г., Дустова, Н., & Курбанова, З. (2019). Прогностическая ценность цитокинов у женщин с варикозной болезнью при фетоплацентарной недостаточности. *Журнал вестник врача*, 1(4), 68-71.
42. Ихтиярова, Г., Дустова, Н., & Курбанова, З. (2019). Прогностическая ценность цитокинов у женщин с варикозной болезнью при фетоплацентарной недостаточности. *Журнал вестник врача*, 1(4), 68-71.
43. Ихтиярова, Г., Дустова, Н., Мардонова, З., & Косимова, Н. (2012). Анализ проведения медикаментозного аборта. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (1 (68)), 68-70.
44. Клинические акушерские протоколы. ИЗС/Проект «Мать и дитя». М 2009; 160.
45. Милыева Н.М., Ковалев В.В., Лебедева Л.М. Оценка эффективности и безопасности применения Мифепристона для преиндукции и индукции родов. Вопросы акушерства и перинатологии 2007; 6: 2: 15—17.
46. Преждевременные роды: Методическое письмо (подготовлено З.С. Ходжаевой, Е.М. Шифманом, О.С. Филипповым, О.Р. Швабским, А.Э.